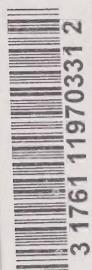


CAI
XC 71
-2010
M11



HOUSE OF COMMONS
CANADA

MATERNAL AND CHILD HEALTH

Report of the Standing Committee on the Status of Women

**Hon. Hedy Fry, MP
Chair**

JUNE 2010

40th PARLIAMENT, 3rd SESSION



Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Standing Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site
at the following address: <http://www.parl.gc.ca>



MATERNAL AND CHILD HEALTH

Report of the Standing Committee on the Status of Women

**Hon. Hedy Fry, MP
Chair**

JUNE 2010

40th PARLIAMENT, 3rd SESSION

STANDING COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN

CHAIR

Hon. Hedy Fry

VICE-CHAIRS

Irene Mathysen

Cathy McLeod

MEMBERS

Sylvie Boucher

Paul Calandra

Luc Desnoyers

Michelle Simson

Lois Brown

Nicole Demers

Hon. Anita Neville

Alice Wong

OTHER MEMBERS OF PARLIAMENT WHO PARTICIPATED

Johanne Deschamps

Marc Garneau

Jeff Watson

Earl Dreeshen

Bernard G  n  reux

CLERK OF THE COMMITTEE

Julia Lockhart

LIBRARY OF PARLIAMENT

Parliamentary Information and Research Service

Julie Cool and Sandra Gruescu

THE STANDING COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN


has the honour to present its

SECOND REPORT

Pursuant to its mandate under Standing Order 108(2), the Committee has studied Maternal and Child Health and has agreed to report the following:

TABLE OF CONTENTS

MATERNAL AND CHILD HEALTH	1
INTRODUCTION	1
BACKGROUND INFORMATION: MATERNAL AND CHILD HEALTH	1
A. The Role of the G8 in Maternal and Child Health	4
WHAT THE COMMITTEE HEARD	5
COMPREHENSIVE PACKAGE OF SERVICES ALONG THE CONTINUUM OF CARE	6
A. Family Planning	7
STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS	9
1. Investing in the Health Care Workforce	9
2. Strengthening Health Systems	10
FINANCIAL COMMITMENTS ARE NEEDED	11
LIST OF RECOMMENDATIONS	13
LIST OF WITNESSES	15
LIST OF BRIEFS	17
REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE	19



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119703312>

MATERNAL AND CHILD HEALTH

INTRODUCTION

Canada is chair of the G8 in 2010 and will host the G8 leaders' summit in Muskoka, Ontario on June 25 and 26. Earlier this year, the Prime Minister announced that Canada would be championing a major initiative to improve child and maternal health in the world's poorest nations as host of the Summit.

On April 12, 2010, the Standing Committee on the Status of Women unanimously adopted the following motion:

That the Committee study maternal and child health following the government's announcement to make maternal and child health a priority at the G8 in June that Canada will be hosting as long as this is done before the end of May.

The Committee held four meetings with witnesses on this study, and held a subsequent meeting with the Minister of International Cooperation and Development and the Minister for Status of Women.

The Committee has heard that between 340 000¹ and 500 000² women die of pregnancy-related causes each year, and almost nine million children under age five die — nearly 40% of these in the first weeks of life. Witnesses have highlighted the importance of maintaining the political will to reduce these numbers. It is the hope of the Committee that the recommendations in this report will contribute to the discussion on how Canada can play a leadership role in addressing the unacceptably high mortality rates among mothers and children in the world today.

BACKGROUND INFORMATION: MATERNAL AND CHILD HEALTH

The Millennium Development Goals (MDGs) were established by the United Nations *Millennium Declaration* in 2000.³ These eight goals identify the

1 Margaret C. Hogan, Kyle J. Foreman, Mohsen Naghavi, Stephanie Y. Ahn, Mengru Wang, Susanna M. Makela, Prof. Alan D. Lopez, Prof. Rafael Lozano MD, Prof. Christopher J. L. Murray, *Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5*, *Lancet*, April 12, 2010.

2 Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, *Improving Maternal and Child Health Through Active Partnerships*. http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/2009_improvingmnch.pdf.

3 United Nations Millennium Declaration, Millennium Summit, September 6 to 8, 2000. <http://www.un.org/millennium/summit.htm> (accessed March 24, 2010).

internationally-agreed upon objectives to be achieved by 2015 to address the world's main development challenges. The eight MDGs are:

- Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger
- Goal 2: Achieve universal primary education
- Goal 3: Promote gender equality and empower women
- Goal 4: Reduce child mortality
- Goal 5: Improve maternal health
- Goal 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases
- Goal 7: Ensure environmental sustainability
- Goal 8: Develop a Global Partnership for Development

Each MDG contains targets that can be measured by designated indicators. The target for reducing child mortality is to reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate. Indicators for monitoring progress toward this target include the under-five mortality rate, infant mortality rate, and the proportion of 1 year-old children immunised against measles.

The targets for maternal health are to reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio; and to achieve universal access to reproductive health by 2015. Indicators for monitoring progress include the maternal mortality ratio, the proportion of births attended by skilled health personnel, contraceptive prevalence rate, adolescent birth rate, antenatal care coverage, and unmet need for family planning.⁴

Some progress has been made toward achieving these MDGs, particularly those related to child health. A May 2010 article in the Lancet reports that:

Worldwide mortality in children younger than 5 years has dropped from 11.9 million deaths in 1990 to 7.7 million deaths in 2010, consisting of 3.1 million neonatal deaths,

4 United Nations, "Official list of MDG indicators," Millennium Development Goals Indicators, <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm> (accessed: April 27, 2010).

2.3 million postneonatal deaths, and 2.3 million childhood deaths (deaths in children aged 1-4 years).⁵

The Honourable Bev Oda, Minister of International Cooperation told the Committee that “[e]very year three million babies die within the first week of their lives, and almost nine million children in the developing world die before their fifteenth birthday from largely preventable causes, such as pneumonia, diarrhea, malaria, severe acute malnutrition, measles, and HIV.”⁶

The Committee has heard that, although child mortality has decreased, newborn mortality has not, because it is so closely linked to maternal health.⁷ Witnesses emphasized the strong link between maternal and newborn mortality.

In spite of progress in the area of maternal health, the United Nations reports that the MDG related to maternal health was the one “towards which there has been least progress so far.”⁸ This conclusion was also reached in an article published by the Lancet in 2006, which notes that “As it stands now, the health-related MDGs will not be met by 2015.” The maternal mortality rate has decreased from 320 deaths per 100 000 live births in 1990 to 250 deaths per 100 000 live births in 2008.⁹ While this is a notable decrease, it is not in line with achieving the MDG target of a 75% reduction by 2015.¹⁰

The United Nation’s Millennium Development Goals Report 2009 states that: “Greater political will must be mustered to reduce maternal mortality, especially in sub-Saharan Africa and Southern Asia, where negligible progress has been made so far.”¹¹ It is widely acknowledged that funding shortfalls remain a major constraint to meeting health-related goals such as the one on maternal health.^{12,13}

5 Knoll Rajaratnam, Julie, Jake R Marcus, Abraham D Flaxman, Haidong Wang, Alison Levin-Rector, Laura Dwyer, Megan Costa, Alan D Lopez, Christopher JL Murray. “Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4”. *Lancet*. May 24, 2010 Early Online Publication, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60703-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60703-9/fulltext).

6 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Hon. Bev Oda (Minister of International Cooperation), May 26, 2010.

7 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Dr. Sharon Camp (President and Chief Executive Officer, Guttmacher Institute), May 5, 2010.

8 United Nations, The Millennium Development Goals Report 2009, New York: 2009.

9 In contrast to these rates, Canada’s maternal mortality rate stands at 7 deaths per 100 000 live births.

10 Margaret C Hogan, Kyle J Foreman, Mohsen Naghavi, Stephanie Y Ahn, Mengru Wang, Susanna M. Makela, Alan D Lopez, Rafael Lozano, Christopher JL Murray, “Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5”, *The Lancet*, Volume 375, Issue 9726, 8 May 2010-14 May 2010, Pages 1609-1623.

11 Ibid.

12 Guttmacher Institute. *Adding It Up: the Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, December 2009.

In June 2009, Canada co-sponsored a landmark resolution at the U.N. Human Rights Council recognizing maternal mortality and morbidity as a pressing human rights concern. One month later, in July 2009, at the meeting of the G8 in Italy, the G8 heads of government agreed that maternal and child health was one of the world's most pressing global health problems.

A. The Role of the G8 in Maternal and Child Health

The G8 includes the United States, the United Kingdom, Canada, France, Italy, Japan, Germany, and Russia. The European Union is a “non-enumerated ninth member”.¹⁴ The heads of state and government of these highly-industrialized countries hold an annual summit to address the major economic, political, and security challenges facing the international system.

The G8 allows leaders of the world's advanced economies to come together to deliberate on common international challenges and to chart a course going forward. This direct diplomacy and personalized format was intended to facilitate relationships between leaders and the adoption of a more coordinated approach to issues. G8 meeting agendas have evolved over the years from their initial economic focus in the 1970s and 1980s to include a discussion of broader issues pertaining to international security and development.¹⁵

The responsibility of the G8 chair rotates each year amongst the member states. The host country takes a leading role in driving the priority themes and agenda. At different summits G8 leaders have also been seized with immediate international events. The most important document produced by the G8 summits until 2001 had been communiqués, which were adopted on the basis of consensus. The format of a “Chair's Summary” came into use beginning in 2002. Moreover, statements or declarations on key issues (e.g. food security; terrorism) and action plans have also featured prominently in recent summits.¹⁶ These declarations represent statements of the group's objectives and commitments, rather than formal international agreements. Several civil society groups

13 Unicef. *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival, The 2008 Report*, 2009. p. iv. http://www.countdown2015mnch.org/documents/2008report/2008Countdown2015FullReport_2ndEdition_1x1.pdf.

14 Stephanie Lee, “The Group of Eight (G8) Industrialized Nations,” *Council on Foreign Relations Backgrounder*, March 27, 2009, <http://www.cfr.org/publication/10647/>.

15 Ibid., p. 3.

16 Hajnal, *The G8 System and the G20: Evolution, Role and Documentation*, pp. 179-187. For a full listing of links to summit outcome documents, see University of Toronto, G8 Information Centre, “G7/8 Summits,” <http://www.g8.utoronto.ca/summit/index.htm>.

and academics monitor each country's compliance with the objectives set by the group in an effort to hold states accountable for the commitments that have been made.¹⁷

Recognizing that there had been a lack of progress with respect to the child and maternal health MDGs,¹⁸ leaders of the G8 countries have discussed maternal and child health at their annual Summits over the past two years. At last year's Summit in Italy, a paragraph in the G8 leaders Declaration, "Responsible Leadership from a Sustainable Future", stated the following on these issues:

We promote a comprehensive and integrated approach to the achievement of the health-related [Millennium Development Goals] MDGs, also maximizing synergies between global health initiatives and health systems. We will accelerate progress on combating child mortality, including through intensifying support for immunization and micronutrient supplementation, and on maternal health, including through sexual and reproductive health care and services and voluntary family planning.¹⁹

The Declaration went on to describe the group's strategy for tackling these issues:

We warmly support building a global consensus on maternal, newborn and child health as a way to accelerate progress on the Millennium Development Goals for both maternal and child health through (i) political and community leadership and engagement; (ii) a quality package of evidence-based interventions through effective health systems; (iii) the removal of barriers to access for all women and children, free at the point of use where countries chose to provide it; (iv) skilled health workers; (v) accountability for results.

No funding levels were committed to this strategy at the 2009 G8 meeting.

Earlier this year, Prime Minister Stephen Harper announced that Canada would be championing a major initiative to improve child and maternal health in the world's poorest nations as host of the G8 Summit.

WHAT THE COMMITTEE HEARD

The Committee heard that, in Canada, the lifetime risk of maternal death is one in 11,000. In comparison, in Ethiopia, the risk is one in 27; in Angola and Liberia, the risk is one in 12; and in Niger, one in seven. Of the 10 million women who have died in pregnancy and childbirth since 1990, three-quarters of the deaths were preventable. Millions of other women have been left with crippling injuries or illnesses as a result of

17 The University of Toronto's G8 Information Centre provides one example of such compliance-monitoring. Their reports may be viewed here: <http://www.g7.utoronto.ca/evaluations/index.html>.

18 G8 Summit, *G8 Leaders Declaration: Responsible Leadership for Sustainable Future*, para. 120, http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Declaration_08_07_09_final_0.pdf (accessed March 24, 2010).

19 Ibid., para. 122.

poor care during childbirth.²⁰ The Committee has also heard that “the most dangerous time in a child’s life is during birth and shortly thereafter. Newborn babies — those in their first four weeks of life — account for over 40 percent of deaths among children under age 5.”²¹

The case for action is compelling.

There were many more areas of consensus among witnesses than areas of division. Witnesses emphasized the importance of providing a comprehensive package of services along the continuum of care, of strengthening health systems, and of supporting locally-driven initiatives. Witnesses agreed that new financial commitments are required to make progress on meeting MDGs 4 and 5.

COMPREHENSIVE PACKAGE OF SERVICES ALONG THE CONTINUUM OF CARE

Most experts advocate that, to reduce mortality during childbirth and in newborns, programming efforts must focus on the effective and integrated delivery of interventions and approaches. In its brief to the Committee, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health outlined the continuum of care required in a health system which can effectively address maternal and child health as follows:²²

- Comprehensive family planning—advice, services and supplies.
- Quality, skilled care for women and newborns during and after pregnancy and childbirth, including antenatal care, quality delivery care in a health facility, emergency care for complications, postnatal care, and essential newborn care.

The literature around maternal and child health consistently highlights that many single interventions are available, but none alone can reduce the rate of maternal and newborn mortality in a population.²³ As Robert Fox, Executive Director of Oxfam Canada told the Committee:

We need to understand that in taking on this issue, there's no quick fix. It's not a little thing here; it's not a little thing there. It is a comprehensive, integrated response that is

20 Standing Committee on the Status of Women. *Testimony*, Ms. Janet Hatcher Roberts (Executive Director, Canadian Society for International Health), May 3, 2010.

21 Save the Children, *State of the World's Mothers 2010*, May 2010, p. 5.

22 Brief submitted by Dr. Dorothy Shaw, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. *Improving Maternal Newborn and Child Health: Providing Solutions—The G8 and Its Role*, May 3, 2010.

23 Ronsmans, Carine, Wendy J Graham, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series Steering Group “Maternal mortality: who, when, where, and why”. *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1189-200.

required to deal with the full range of health and human services to ensure that people can secure their sexual and reproductive rights, but that also situates that in the broader context.²⁴

Witnesses suggested that a doubling of investments in both family planning and maternal and newborn health would “reduce maternal mortality by 70%, cut nearly in half newborn deaths, and generate a range of other development benefits.”²⁵

A. Family Planning

More than half of women in developing countries want to delay or prevent pregnancy, yet a quarter of them are not using modern contraceptives, usually because of poverty, lack of education or lack of services.²⁶ There are 215 million women in the world who would like to delay or avoid child-bearing but do not have access to modern contraception.

Several witnesses told the Committee that “[e]vidence shows that access to family planning alone could prevent as many as one in every three maternal deaths by allowing women to delay motherhood, space births, avoid unsafe abortions, and stop childbearing when they have reached their desired family size. After giving birth, family planning can help women wait a healthy period of time (at least two years) before trying to become pregnant again, thereby reducing newborn, infant and child deaths significantly.”²⁷

Witnesses referred to the research of the Guttmacher Institute and the United Nations Population Fund to demonstrate that investments in family planning as part of the comprehensive package of maternal health would save more lives for less money. The Guttmacher Institute study estimated cost and benefits of three alternative investment strategies for reducing maternal deaths:

- 1) In the first scenario, they calculated the cost-effectiveness of increasing investments in family planning alone to a level sufficient to address 100% of the unmet need for modern contraception.

24 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Mr. Robert Fox (Executive Director, Oxfam Canada), May 5, 2010.

25 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Dr. Sharon Camp (President and Chief Executive Officer, Guttmacher Institute), May 5, 2010.

26 Brief submitted by the Canadian Society for International Health. *Improving Maternal Health: A Health Systems Response Evidence for Global Action*.

27 Singh, S., Darroch, J., Ashford, I., Vlassoff, M., “Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health”. April, 2010. In a brief submitted by Canadian Society for International Health, *Improving Maternal Health: A Health Systems Response Evidence for Global Action*.

- 2) In the second scenario, they calculated the cost-effectiveness of making new investments only in maternal newborn health to a level sufficient to provide the WHO-recommended package of basic maternal newborn care to all those women and newborns needing it.
- 3) In the third scenario, they calculated the cost-effectiveness of combining both the additional investments in family planning and those in maternal newborn care.

Their study concluded that “[d]oubling investments in both family planning and maternal/newborn health from the current level of under \$12 billion U.S. a year to roughly \$24.6 billion would cut maternal deaths by at least 70% and newborn deaths by 44%. The combined investment strategy would save more lives. It is also \$1.5 billion a year less expensive than investing in maternal and newborn health alone.”²⁸

As Jolanta Scott-Parker of the Canadian Federation for Sexual Health told the Committee, “[t]here is strong evidence to show that family planning saves lives. The World Bank estimates that 40% of maternal deaths could be prevented by a wider uptake of reliable contraceptive methods.”²⁹

Many witnesses referred to the issue of unsafe abortion. The Committee heard that:

approximately 70,000 women die each year due to unsafe abortions...Five million women are hospitalized because of complications resulting from unsafe abortion and this number does not even include the other three million women who do not have access to a hospital. The complications those women are experiencing can have short-term and long-term consequences that would cost their governments more money than funding safe abortion services.³⁰

In developing countries, children under one year old have an 80% risk of dying within two years after their mother’s death, and 50% of children under 5 will not reach adulthood.

Regarding the health impact of unsafe abortion, the Programme of Action of the International Conference on Population and Development states that:

28 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Dr. Sharon Camp (President and Chief Executive Officer, Guttmacher Institute), May 5, 2010.

29 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Ms. Jolanta Scott-Parker (Executive Director, Canadian Federation for Sexual Health), May 10, 2010.

30 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Ms. Ainsley Jenicek (Project Manager, Fédération du Québec pour le planning des naissances), May 10, 2010.

abortion in no way should be promoted as a method of family planning. All Governments and relevant intergovernmental and non-governmental organizations are urged to strengthen their commitment to women's health, to deal with the health impact of unsafe abortion as a major public health concern and to reduce the recourse to abortion through expanded and improved family-planning services.³¹

Witnesses suggested that "while we will never completely reduce the need for abortion, we can bring it down very substantially if we meet women's need for modern contraception."³² Mr. Robert Fox of Oxfam Canada told the Committee:

We clearly need an integrated approach. We need to deal with the reality of people's lives. Abortions are going to happen, but that isn't the question. The question is whether they are going to happen in hospitals or with medical attention for women who are not wealthy. We need to ensure that the system understands that this is one integral element of a broader approach and that to the extent that we deal with it properly, we will, in fact, minimize how often it happens and when it happens. And we will ensure that when it happens, it happens with the best possible outcome for everyone involved.³³

STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS

We have seen in the discussion above that a comprehensive approach to maternal and child health is more effective. One aspect of a comprehensive approach is the strengthening of the health system. This includes investing in the health care workforce and reinforcing national health care systems.

1. Investing in the Health Care Workforce

Witnesses highlighted the importance of providing skilled care to mothers and babies during pregnancy, childbirth, and in the minutes, days and weeks following birth.³⁴ Despite this, 40% of the world's women deliver without skilled attendants. This rate is considerably higher in Africa. For example, over 90% of women in Ethiopia give birth without skilled help.

Witnesses told the Committee that "[s]killed and motivated health workers... in the right place at the right time with the necessary infrastructure, drugs and equipment are an

31 United Nations, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, September 5 to 13, 1994, paragraph 8.25.

32 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Dr. Sharon Camp (President and Chief Executive Officer, Guttmacher Institute), May 5, 2010.

33 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Mr. Robert Fox (Executive Director, Oxfam Canada), May 5, 2010.

34 Save the Children, *State of the World's Mothers 2010*, May 2010, p. 5.

essential part of the solution.”³⁵ They identified the importance of increasing the number of front-line health workers who are supported, trained, equipped and motivated to deliver essential services to mothers and children at the community level close to home.

Developing countries have too few health care workers to address the needs of mothers, their babies and young children. The international development agency, Save the Children, has documented that “there are 57 countries with critical health workforce shortages, meaning that they have fewer than 23 doctors, nurses and midwives per 10,000 people. Thirty-six of these countries are in sub-Saharan Africa.”³⁶ They report that there is a global need for an additional 4.3 million health workers if we are to meet the Millennium Development Goals by 2015.

2. Strengthening Health Systems

The Committee repeatedly heard that there are important variations in needs between regions and countries, and that there is no one-size-fits-all approach to improve maternal health and to reduce maternal and child mortality. Interventions have to respond to the local needs, capacities, laws and cultural norms.

Witnesses emphasized the importance of strengthening national health systems in a comprehensive fashion. This includes providing equitable access to health care and responding to community needs. Equitable access requires removing barriers to access, with services for women and children being free at the point of use.

The Committee heard that “[t]he more things are harmonized at a country level, at a national level, the more ability people have to implement programs that are comprehensive and represent a continuum of care.”³⁷ Witnesses reminded the Committee that, as a signatory to the Paris Declaration on Aid Effectiveness, Canada has agreed to be directed by individual countries in terms of what they need for their health systems and for their development dollars. It heard evidence that the fragmentation of foreign aid makes it difficult to develop a coherent, concerted, international response.

The Committee has also heard that the majority of countries have already developed national plans for maternal and newborn health. For example, African leaders developed the Maputo Plan of Action on sexual and reproductive health and rights.

35 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Ms. Christina Dendys (Executive Director, Results Canada), May 12, 2010.

36 Save the Children, *State of the World's Mothers 2010*, May 2010, p. 5.

37 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Ms. Janet Hatcher Roberts (Executive Director, Canadian Society for International Health), May 3, 2010.

FINANCIAL COMMITMENTS ARE NEEDED

All witnesses who addressed funding for MDGs 4 and 5 noted that additional funding would be required to reach the MDG targets on time. This financial investment must be shared between the developing countries and donor countries. The Committee has heard that the developing countries have done a much better job than donors in meeting these financial investments:

In the budget and the agreement on how to meet the cost of the Cairo plan of action, developing countries said they would contribute two-thirds of the cost and donor governments said they would pick up the remaining third. Fifteen years after Cairo, who has lived up to their commitment? It's the developing countries themselves, because they saw what a difference it made.³⁸

The Committee heard that, with an adequate funding commitment, it is possible to save the lives of up to a million women from pregnancy and childbirth complications, to save the lives of 4.5 million newborns, 6.5 million children, and 1.5 stillbirths. And there would be a significant decrease in the global number of unwanted pregnancies and unsafe abortions.³⁹ Witnesses recommended that funding be new funding, and not detract from other development assistance.

Witnesses were united in wanting to improve the lives of mothers and children around the world. In the words of Jill Wilkinson Sheffield, President of Women Deliver:

Global consensus has been achieved before; we can do it again. In fact, we have to do it again for the sake of the women and the girls and our futures worldwide.⁴⁰

38 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Ms. Jill Wilkinson Sheffield (President, Women Deliver), May 3, 2010.

39 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Dr. Dorothy Shaw (Canada Spokesperson, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH)), May 3, 2010.

40 Standing Committee on the Status of Women, *Testimony*, Ms. Jill Wilkinson Sheffield (President, Women Deliver), May 3, 2010.

LIST OF RECOMMENDATIONS

The Committee was united in wanting to improve the lives of mothers and children around the world. The Committee recommends:

1. That the Prime Minister encourage his G8 counterparts, other countries, and public and private sector donors to collectively and adequately fund the maternal health commitments undertaken at the 2009 G8 Summit. In order to achieve this objective, the Committee further recommends that the level of funding committed at the upcoming G8 Summit in Canada be sufficient to close the gap that exists in international financing between current levels and what is needed to achieve the Millennium Development Goals (MDGs) on child and maternal health by 2015, estimated at \$30 billion over the next five years. All development commitments should be time bound, with clear start and end dates; they should be explicit about whether funding is additional or inclusive of previous commitments; and they should also be clear about how much each donor and partner country is contributing.
2. That the Government of Canada play a strong leadership role at the upcoming G8 Summit in Muskoka by making a firm commitment to realize its share of the G8 funding that will be needed to meet the MDGs on child and maternal health by 2015, an amount which is estimated to be \$1.4 billion over the next five years. This commitment should represent new funding and should not be allocated at the expense of existing programs.
3. That the Government of Canada ensure that the financial support provided to developing countries to improve maternal and child health is delivered in a way that is consistent with the commitments undertaken in the Paris Declaration on Aid Effectiveness, by working within national plans for maternal and newborn health, where these exist.
4. That the Government of Canada's financial commitment to the G8 maternal and child health initiative include funding for all evidence-based interventions across the continuum of care for both mothers and children, as called for by the Maputo Plan of Action and the Cairo Plan of Action. This comprehensive plan should include, but not be limited to: training and support for frontline health workers; better nutrition and provision of micronutrients; treatment and prevention of diseases such as

pneumonia, diarrhea, malaria and sepsis; screening and treatment for sexually transmitted diseases, including HIV/AIDS; proper medication; immunization; clean water and sanitation; dissemination of reproductive health and family planning advice, services and supplies; access to safe abortion services where abortion is legal; quality emergency care for complications from unsafe abortions; skilled care for women and newborns during and after their pregnancy; access to emergency obstetric care; and births attended by trained personnel. The Committee recommends that Canada encourage its G8 counterparts to follow suit.

5. That the G8 encourage a policy environment that permits appropriate community based delivery of treatments for the main childhood illnesses and injuries with an emphasis on pneumonia, diarrhea, malaria, measles, mumps and rubella, and newborn care for sepsis.

APPENDIX A LIST OF WITNESSES

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Canadian Society for International Health Janet Hatcher Roberts, Executive Director	2010/05/03	15
Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH) Dorothy Shaw, Canada Spokesperson		
Women Deliver Jill Wilkinson Sheffield, President		
Action Canada for Population and Development Katherine McDonald, Executive Director	2010/05/05	16
Guttmacher Institute Sharon Camp, President and Chief Executive Officer		
Oxfam Canada Robert Fox, Executive Director		
White Ribbon Alliance for Safe Motherhood Maureen McTeer, Canadian Representative		
Canadian Federation for Sexual Health Jolanta Scott-Parker, Executive Director	2010/05/10	17
Fédération du Québec pour le planning des naissances Ainsley Jenicek, Project Manager		
International Confederation of Midwives Bridget Lynch, President		
International Planned Parenthood Federation Pierre La Ramée, Director, Development and Public Affairs, Western Hemisphere Region		
Regroupement Naissance-Renaissance Lorraine Fontaine, Coordinator, Political Issues		
AUTO21 Anne Snowdon, Researcher	2010/05/12	18
Results Canada Christina Dendys, Executive Director		
Safe Kids Canada Pamela Fuselli, Executive Director		

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Save the Children Canada Cicely McWilliam, Coordinator, EVERY ONE Campaign	2010/05/12	18
Canadian International Development Agency Margaret Biggs, President Hon. Bev Oda, Minister	2010/05/26	19
Status of Women Canada Hon. Rona Ambrose, Minister Suzanne Clément, Coordinator, Head of Agency, Office of the Coordinator Suzanne Cooper, Research Analyst		

APPENDIX B LIST OF BRIEFS

Organizations and Individuals

Canadian Society for International Health

Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH)

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings (Meetings Nos. 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23 and 26) is tabled.

Respectfully submitted,

Hon. Hedy Fry, MP

Chair

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents (séances nos 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23 et 26) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,

L'hon. Hedy Fry, députée

ANNEXE B

LISTE DES MÉMOIRES

Organisations et individus

Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH)
Société canadienne de santé internationale

Organisations et individus	Date	Réunion	Sécurité Canada	
			Pamela Fuselli, directrice générale	Aide à l'enfance Canada
			Cicely McWilliam, coordonnatrice, Campagne TOUS ET CHACUN	Agence canadienne de développement international
			Margaret Biggs, présidente	
			L'hon. Bev Oda, ministre	
			Condition féminine Canada	
			L'hon. Rona Ambrose, ministre	
			Suzanne Clément, coordonnatrice, chef d'agence, Bureau de la coordonnatrice	
			Suzanne Cooper, analyste de la recherche	

ANNEXE A

Liste des témoins

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) 2010/05/03 15

Dorothy Shaw, porte-parole du Canada

Société canadienne de santé internationale

Janet Hatcher Roberts, directrice générale

Women Deliver

Jill Wilkinson Sheffield, présidente

Action Canada pour la population et le développement 2010/05/05 16

Katherine McDonald, directrice générale

Guttmacher Institute

Sharon Camp, présidente et chef des opérations

Oxfam Canada

Robert Fox, directeur exécutif

White Ribbon Alliance for Safe Motherhood

Maureen McTeer, représentante canadienne

Fédération canadienne pour la santé sexuelle 2010/05/10 17

Jolanta Scott-Parker, directrice générale

Fédération du Québec pour le planning des

naissances

Ainsley Jenicke, chargée de projets

Confédération internationale des sages-femmes

Bridget Lynch, présidente

Fédération internationale pour le planning familial

Pierre La Ramée, directeur, développement et affaires

publiques, Région de l'hémisphère occidental

Regroupement Naissance-Renaissance

Lorraine Fontaine, coordonnatrice des dossiers politiques

AUTO21 2010/05/12 18

Anne Snowdon, chercheuse

Résultats Canada

Christina Dendys, directrice générale

formation et soutien des travailleurs de la santé de première ligne; meilleure alimentation et apport en micronutriments; traitement et prévention de maladies comme la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la sepsie; dépistage et traitement des maladies transmissibles sexuellement, comme le VIH et le sida; médicaments adéquats; immunisation; eau saine et désinfection; conseils, services et matériel en matière de santé génésique et de planification familiale; accès à des avortements sécuritaires là où l'avortement est légal; soins d'urgence de bonne qualité en cas de complications dues à un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses; soins donnés par des personnes qualifiées aux femmes et aux nouveau-nés pendant et après la grossesse; accès à des soins obstétriques d'urgence; accouchements assistés par du personnel qualifié. Le Comité recommande que le Canada encourage ses homologues du G8 à faire de même.

5.

Que le G8 favorise un contexte stratégique permettant l'administration communautaire des traitements applicables aux principales maladies et blessures de l'enfance, en mettant l'accent sur la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la rougeole, les oreillons et la rubéole, de même que la sepsie chez les nouveau-nés.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Les membres du Comité sont unanimes à améliorer la vie des mères et des enfants dans le monde. Le Comité recommande :

1. Que le premier ministre encourage ses homologues du G8, d'autres pays, ainsi que les donateurs des secteurs public et privé, à verser collectivement des fonds suffisants pour remplir les engagements en matière de santé maternelle lors du sommet du G8 de 2009. Pour que cet objectif soit atteint, le Comité recommande que le niveau de financement qui sera promis au prochain sommet du G8, tenu au Canada, soit suffisant pour combler l'écart entre le niveau actuel et ce qui est nécessaire pour réaliser d'ici 2015 les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) concernant la santé infantile et maternelle, soit 30 milliards de dollars sur les cinq prochaines années. Tous les engagements en matière de développement seraient assortis d'une échéance, avec des dates précises de début et de fin; ils préciseraient si les fonds s'ajoutent aux engagements antérieurs ou en font partie; et indiqueraient clairement le montant versé par chacun des pays donateurs et partenaires.

2. Que le gouvernement du Canada fasse preuve d'un solide leadership au sommet du G8 de Muskoka en s'engageant fermement à verser sa part des fonds du G8 qui seront nécessaires pour atteindre les OMD concernant la santé infantile et maternelle d'ici 2015, somme évaluée à 1,4 milliard de dollars sur les cinq prochaines années. Il s'agirait de nouveaux fonds qui ne seraient pas alloués au détriment de programmes existants.

3. Que le gouvernement du Canada veille à ce que le soutien financier apporté aux pays en développement pour améliorer la santé maternelle et infantile soit conforme aux engagements pris dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide en s'inscrivant dans les plans nationaux de santé maternelle et néonatale lorsqu'ils existent.

4. Que l'engagement financier du gouvernement du Canada à l'égard de l'initiative du G8 en matière de santé maternelle et infantile prévoie des fonds pour toutes les interventions éprouvées qui entrent dans l'ensemble continu de soins destinés aux mères et aux enfants, comme le préconisent le Plan d'action de Maputo et le Programme d'action du Caire. Ce plan global devrait porter entre autres sur les points suivants :

pays donateurs. Selon ce qui a été dit au Comité, les pays en développement parviennent à remplir leurs engagements financiers beaucoup mieux que les donateurs :

Dans le budget et dans l'accord sur les moyens à prendre pour assumer les coûts du plan d'action du Caire, les pays en développement ont indiqué qu'ils allaient payer les deux tiers de ces coûts, le reste de la facture allant aux pays donateurs. Quinze ans après cet accord, qui donc a respecté ses engagements? Ce sont les pays en développement, car ils sont à même de constater la différence que cela peut faire³⁸.

Selon ce qu'a entendu le Comité, il serait possible, avec un engagement financier suffisant, de sauver la vie de jusqu'à un million de femmes qui ont des complications durant la grossesse et l'accouchement et de sauver la vie de 4,5 millions de nouveau-nés, de 6,5 millions d'enfants et de 1,5 million d'enfants mort-nés. On verrait en outre une baisse importante du nombre de grossesses non désirées et d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses³⁹. Les témoins ont recommandé que les fonds versés soient nouveaux, et non prélevés dans d'autres budgets d'aide au développement.

Les témoins avaient en commun la volonté d'améliorer la vie des femmes et des enfants de la planète. Jill Wilkinson Sheffield, présidente de Women Deliver, a tenu les propos suivants :

On est déjà parvenu à un consensus mondial; nous pouvons y arriver encore une fois. En fait, nous devons atteindre de nouveau le consensus dans l'intérêt des femmes et des filles et pour notre avenir à l'échelle mondiale⁴⁰.

38	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , M ^{me} Jill Wilkinson Sheffield (présidente, Women Deliver), 3 mai 2010.
39	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , D ^{re} Dorothy Shaw (porte-parole pour le Canada, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant), 3 mai 2010.
40	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , M ^{me} Jill Wilkinson Sheffield (présidente, Women Deliver), 3 mai 2010.

Les pays en développement ont trop peu de travailleurs de la santé pour répondre aux besoins des mères, des bébés et des jeunes enfants. L'organisme de développement international Save the Children a établi qu'il y a 57 pays où la pénurie de travailleurs de la santé est critique, c'est-à-dire qui ont moins de 23 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants. Trente-six de ces pays se trouvent en Afrique subsaharienne³⁶. L'organisme signale qu'il faudrait 4,3 millions de travailleurs de la santé de plus pour atteindre les Objectifs du Millénaire d'ici 2015.

2. Renforcement des systèmes de santé

Il a été dit maintes fois au Comité que les besoins varient énormément d'une région ou d'un pays à l'autre et qu'il n'existe pas de solution universelle pour améliorer la santé maternelle et réduire la mortalité maternelle et infantile. Les interventions doivent être adaptées aux besoins, aux capacités, aux lois et aux normes culturelles de chaque endroit.

Des témoins ont souligné qu'il était important de renforcer les systèmes de santé nationaux d'une façon globale, par exemple en offrant un accès équitable aux soins de santé et en répondant aux besoins des populations. L'équité d'accès exige la suppression des obstacles à l'accès et la gratuité des services au point d'utilisation pour les femmes et les enfants.

Il a été dit au Comité que « [p]lus une démarche est harmonisée à l'échelle nationale, mieux les gens sont en mesure de mettre en œuvre des programmes exhaustifs offrant un ensemble continu de soins³⁷. » Des témoins ont rappelé au Comité qu'à titre de signataire de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, le Canada a consenti à être orienté par les pays concernés pour ce qui est du système de santé et des fonds de développement dont ils ont besoin. Ils ont affirmé qu'en raison de la fragmentation de l'aide étrangère, il est difficile d'élaborer une action internationale cohérente et concertée.

Le Comité a aussi été informé que la majorité des pays se sont déjà dotés de plans nationaux pour la santé maternelle et néonatale. Par exemple, les dirigeants africains ont établi le Plan d'action de Maputo pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction.

ENGAGEMENTS FINANCIERS NÉCESSAIRES

Tous les témoins qui ont abordé la question du financement des OMD 4 et 5 ont mentionné qu'il faudrait des fonds supplémentaires pour atteindre ces OMD dans le délai fixé. L'investissement financier doit être partagé entre les pays en développement et les

36
37

Save the Children, *State of the World's Mothers 2010*, mai 2010, p. 5.
Comité permanent de la condition féminine, *Témoignages*, M^{me} Janet Hatcher Roberts (directrice générale, Société canadienne de santé internationale), 3 mai 2010.

32	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , Mme Sharon Camp (présidente et chef des opérations, Guttmacher Institute), 5 mai 2010.
33	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , M. Robert Fox (directeur exécutif, Oxfam Canada), 5 mai 2010.
34	Save the Children, <i>State of the World's Mothers 2010</i> , mai 2010, p. 5.
35	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , Mme Christina Dendys (directrice générale, Résultats Canada), 12 mai 2010.

Des témoins ont dit au Comité que « [d]u personnel de la santé compétent et motivé qui est au bon endroit au bon moment et qui peut compter sur l'infrastructure, les médicaments et l'équipement nécessaires représente une partie essentielle de la solution³⁵. » Pour eux, il est important d'accroître le nombre de travailleurs de la santé de première ligne appuyés, formés, équipés et motivés pour fournir des services essentiels aux mères et aux enfants dans la communauté même.

Des témoins ont insisté sur l'importance d'un personnel qualifié pour donner des soins aux femmes ou aux bébés pendant la grossesse et l'accouchement et dans les minutes, les jours et les semaines suivant la naissance³⁴. Malgré tout, 40 % des femmes dans le monde accouchent en l'absence d'une personne qualifiée. En Afrique, le pourcentage est beaucoup plus élevé; par exemple, en Éthiopie, plus de 90 % des femmes accouchent sans aide qualifiée.

1. Investissements dans les travailleurs de la santé

Il ressort des pages précédentes que l'approche globale de la santé maternelle et infantile est particulièrement efficace. Un des éléments de cette approche est l'amélioration des services de santé, ce qui suppose des investissements dans les travailleurs de la santé et le renforcement des systèmes de santé nationaux.

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Nous avons résolument besoin d'une approche intégrée. Nous devons nous attaquer à la réalité de la vie des gens. Des avortements seront inmanquablement pratiqués, mais il n'est pas la question. La question, c'est de savoir s'ils seront pratiqués dans des hôpitaux ou sous supervision médicale pour les femmes qui ne sont pas riches. Nous devons veiller à ce que le système comprenne qu'il s'agit là d'un élément particulier faisant partie intégrante d'une approche plus vaste et, dans la mesure où nous nous y attaquerons de façon appropriée, nous parviendrons à limiter le nombre de fois où ils seront pratiqués et pourrions agir sur le moment où ils seront pratiqués. Et nous veillerons à ce que, quand ils seront pratiqués, le résultat soit le plus positif possible pour tous ceux qui sont concernés³³.

Des témoins ont suggéré que « nous ne pourrions jamais tout à fait réduire la nécessité de recourir à l'avortement, [mais] nous pouvons la diminuer de manière très importante si nous répondons aux besoins des femmes en matière de contraception moderne³² ». M. Robert Fox, d'Oxfam Canada, a formulé l'observation suivante :

28	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , M ^{me} Sharon Camp (présidente et chef des opérations, Guttmacher Institute), 5 mai 2010.
29	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , M ^{me} Jolanta Scott-Parker (directrice exécutive, Fédération canadienne pour la santé sexuelle), 10 mai 2010.
30	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , M ^{me} Ainsley Jenicek (chargée de projet, Fédération du Québec pour le planning des naissances), 10 mai 2010.
31	Nations Unies, Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994, para. 8.25.

L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale³¹.

En ce qui concerne les effets des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses sur la santé, voici ce que dit le Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement :

Dans les pays en développement, les enfants de moins d'un an risquent, dans une proportion de 80 %, de mourir d'ici les deux années qui suivent le décès de leur mère et 50 % des enfants n'atteignent jamais l'âge adulte.

Ce sont environ 70 000 femmes qui meurent encore chaque année des suites d'un avortement non sécurisé [...] Cinq millions de femmes sont hospitalisées à cause de complications découlant d'un avortement non sécurisé et ce nombre n'inclut même pas les trois millions d'autres femmes qui n'ont pas accès à un hôpital. Les complications que ces femmes vivent peuvent avoir des conséquences à court terme et à long terme, qui coûtent à leur gouvernement plus cher que de financer des services d'avortement sécuritaires³⁰.

De nombreux témoins ont parlé d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Ils ont notamment dit ceci :

Selon Jolanta Scott-Parker, de la Fédération canadienne pour la santé sexuelle : « [d]e nombreux faits concourent à montrer que la planification familiale permet de sauver des vies. Selon la Banque mondiale, le recours accru à des méthodes de contraception fiables permettrait de prévenir 40 % des décès à l'accouchement²⁹. »

L'étude a conclu que le fait « de doubler les investissements dans la planification familiale ainsi que dans la santé maternelle et néonatale, c'est-à-dire de les faire passer de moins de 12 milliards de dollars américains par année à près de 24,6 milliards de moins de 12 milliards de dollars américains par année que la stratégie d'investissement²⁸ » permettrait de réduire les décès maternels d'au moins 70 % et les décès néonataux de 44 %. La stratégie d'investissement combinée permettrait de sauver plus de vies. Elle coûterait aussi 1,5 milliard de dollars de moins par année que la stratégie d'investissement visant uniquement la santé maternelle et néonatale²⁸. »

A. Planification familiale

Plus de la moitié des femmes qui vivent dans les pays en développement veulent retarder ou empêcher une grossesse. Pourtant, le quart d'entre elles n'utilisent pas de contraceptifs modernes, en général parce qu'elles sont pauvres ou trop peu instruites ou par manque de services²⁶. Il y a 215 millions de femmes dans le monde qui aimeraient retarder une grossesse ou éviter d'être enceintes, mais qui n'ont pas accès à des contraceptifs modernes.

Plusieurs témoins ont dit au Comité que « [l]es données montrent que l'accès à la planification familiale pourrait à lui seul prévenir jusqu'à un décès maternel sur trois en permettant aux femmes de retarder la maternité, d'espacer les naissances, d'éviter les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et de cesser la procréation après que leur famille a atteint le nombre de membres désiré. À la suite d'une naissance, la planification familiale permet aux femmes d'attendre une période salubre (d'au moins deux ans) avant de tenter de devenir enceintes de nouveau, ce qui réduit de manière significative le nombre de décès de nouveau-nés, la mortalité infantile et juvénile²⁷. »

Des témoins ont présenté les résultats d'une étude réalisée par le Guttmacher Institute avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour la population et qui démontre que l'octroi de fonds pour la planification familiale dans le cadre d'un programme général de santé maternelle permettrait de sauver plus de vies en rationalisant les dépenses. L'étude du Guttmacher Institute a évalué les coûts et les avantages de trois stratégies d'investissement visant à réduire la mortalité maternelle :

1) Dans le premier scénario, on a calculé le rapport coût-efficacité d'une stratégie consistant à augmenter les investissements dans la planification familiale uniquement, de façon à répondre à 100 % des besoins des femmes en contraceptifs modernes.

2) Dans le deuxième scénario, on a calculé le rapport coût-efficacité de nouveaux investissements dans la santé maternelle et néonatale uniquement, de façon à fournir les soins maternels et néonataux de base recommandés par l'OMS dans tous les cas nécessaires.

3) Dans le troisième scénario, on a calculé le rapport coût-efficacité d'une stratégie de façon à combiner les investissements supplémentaires dans la planification familiale et dans les soins maternels et néonataux.

26 Mémoire présenté par la Société canadienne de santé internationale. Améliorer la santé maternelle : une réponse des systèmes de santé — Faits visant à stimuler l'action mondiale.

27 S. Singh, J. Darroch, I. Ashford et M. Vlassoff, « Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health », avril 2010. Cité dans un mémoire présenté par la Société canadienne de santé internationale. Améliorer la santé maternelle : une réponse des systèmes de santé — Faits visant à stimuler l'action mondiale.

SERVICES COMPLETS DANS L'ENSEMBLE CONTINU DE SOINS

La plupart des experts estiment que, pour réduire la mortalité à la naissance et chez les nouveau-nés, les programmes doivent mettre l'accent sur des interventions et des approches efficaces et intégrées. Dans le mémoire qu'il a présenté au Comité, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a donné un aperçu de l'ensemble continu de soins nécessaire dans un système de santé pour améliorer la santé maternelle et infantile²² :

- Une planification familiale complète — conseils, services et matériel.
- Des soins de qualité assurés par du personnel qualifié pour les femmes et les nouveau-nés durant et après la grossesse et l'accouchement, y compris des soins prénatals, des soins de qualité à la naissance dans un établissement de santé, des soins d'urgence en cas de complications, des soins postnatals et des soins essentiels pour les nouveau-nés.

La documentation sur la santé maternelle et infantile signale régulièrement l'existence de nombreuses interventions isolées, mais qui ne peuvent à elles seules réduire le taux de mortalité des mères et des nouveau-nés dans une population donnée²³. Comme l'a indiqué au Comité Robert Fox, directeur exécutif d'Oxfam Canada :

Nous devons comprendre que dans ce dossier, il n'y a pas de solution expéditive. On ne parle pas de petites mesures par-ci par-là. Il faut une stratégie globale et intégrée permettant d'offrir l'éventail complet de services de soins de santé et liés à la personne nécessaire afin que les femmes puissent faire respecter leurs droits en matière de sexualité et de contraception. Une telle stratégie permettra aussi d'examiner la question dans un contexte plus vaste²⁴.

Des témoins ont indiqué qu'en doublant les investissements dans la planification familiale et dans la santé maternelle et néonatale, on pourrait « réduire les décès maternels de 70 %, réduire les décès de nouveau-nés de près de 50 % et obtenir une

fole d'avantages relatifs au développement²⁵. »

22	Mémoire présenté par D ^{re} Dorothy Shaw, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, <i>Améliorer la santé de la mère, du nourrisson et de l'enfant : Offrir des solutions — le G8 et son rôle</i> , 3 mai 2010.
23	Carine Ronsmans et Wendy J. Graham, au nom du Lancet Maternal Survival Series Steering Group, « Maternal mortality: who, when, where, and why », <i>Lancet</i> , 30 septembre 2006, vol. 368, n° 9542, p. 1189-1200.
24	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , M. Robert Fox (directeur exécutif, Oxfam Canada), 5 mai 2010.
25	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , M ^{me} Sharon Camp (présidente et chef des opérations, Guttmacher Institute), 5 mai 2010.

Nous prônons une approche globale et intégrée de la réalisation des Objectifs du Millénaire qui ont trait à la santé et aussi la maximisation des synergies entre les systèmes de santé et les grandes initiatives en santé dans le monde. Nous entendons accélérer les progrès dans la lutte contre la mortalité infantile, notamment en soutenant davantage les campagnes de vaccination et d'apport en micronutriments, et les progrès en matière de santé maternelle, notamment par des soins de santé sexuelle et génésique et des services de planification familiale volontaire¹⁹.

La Déclaration décrit aussi la stratégie que le groupe entend adopter à cet effet :

Nous approuvons sans réserve l'idée d'un consensus mondial sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants comme moyen d'accélérer les progrès dans la réalisation des Objectifs du Millénaire qui touchent la santé maternelle et infantile par i) un leadership et une mobilisation politiques et communautaires; ii) un ensemble bien conçu d'interventions éprouvées menées dans des systèmes de santé efficaces; iii) l'élimination des obstacles à l'accès des femmes et des enfants, et la gratuité au point d'utilisation là où les pays choisiront de l'installer; iv) des travailleurs de la santé qualifiés; v) l'obligation de rendre compte des résultats.

La réunion du G8 de 2009 n'a pas prévu de fonds pour cet engagement.

Plus tôt cette année, le premier ministre Stephen Harper a annoncé que le Canada, en sa qualité de pays hôte du sommet, prendrait la tête d'une vaste initiative pour l'amélioration de la santé infantile et maternelle dans les pays les plus pauvres du monde.

POINTS DE VUE DES TÉMOINS

Le Comité a appris qu'au Canada le risque de mortalité maternelle est de 1 sur 11 000. À titre de comparaison, il est de 1 sur 27 en Éthiopie, de 1 sur 12 en Angola et au Libéria et de 1 sur 7 au Niger. Dix millions de femmes ont perdu la vie durant la grossesse ou de l'accouchement depuis 1990, et on aurait pu prévenir les trois quarts de ces décès. Des millions d'autres femmes ont des maladies ou des blessures invalidantes en raison de soins de santé déficients lors de l'accouchement²⁰. Le Comité a aussi été informé que « la période la plus dangereuse dans la vie d'un enfant est la naissance et les semaines qui suivent. En effet, plus de 40 % des décès chez les enfants de moins de cinq ans se produisent chez les nouveau-nés dans les quatre premières semaines de la vie²¹. »

Il est impératif d'agir.

Chez les témoins entendus par le Comité, les points d'entente étaient beaucoup plus nombreux que les points de dissension. Ils ont souligné l'importance de fournir des services complets dans l'ensemble continu de soins, de renforcer les systèmes de santé et de faciliter les initiatives locales. Ils ont convenu que de nouveaux engagements financiers s'imposent pour réaliser des progrès dans les Objectifs du Millénaire 4 et 5.

19 *Ibid.*, para. 122. [traduction]

20 Comité permanent de la condition féminine, *Témoignages*, Mme Janet Hatcher Roberts (directrice générale, Société canadienne de santé internationale), 3 mai 2010.

21 Save the Children, *State of the World's Mothers 2010*, mai 2010, p. 5. [traduction]

A. Rôle du G8 dans la protection de la santé maternelle et infantile

Le G8 regroupe les États-Unis, le Royaume-Uni, le Canada, la France, l'Italie, le Japon, l'Allemagne et la Russie. L'Union européenne est « un neuvième membre non énuméré¹⁴. » Les chefs d'État et de gouvernement de ces pays fortement industrialisés tiennent un sommet annuel où il est question des grands enjeux économiques et politiques et des problèmes de sécurité auxquels le système international se trouve confronté.

Le G8 donne aux dirigeants des pays les plus industrialisés l'occasion de se réunir pour discuter de problèmes communs et tracer la ligne de conduite à suivre. Axé sur l'action diplomatique directe et les rencontres personnalisées, il a été créé pour faciliter les relations entre les dirigeants et l'adoption d'une approche plus concertée des enjeux. L'ordre du jour des sommets a évolué au fil des ans : alors qu'il mettait l'accent sur l'économie dans les années 1970 et 1980, il englobe maintenant des questions plus vastes de sécurité et de développement au niveau international¹⁵.

La présidence du G8 est exercée chaque année par un état membre différent. Le pays hôte joue un rôle prépondérant dans le choix des thèmes prioritaires et l'ordre du jour. Les dirigeants du G8 ont aussi, à différents sommets, dû se pencher sur des événements internationaux en cours. Jusqu'en 2001, le principal document qui émanait des sommets du G8 était le communiqué, adopté par consensus. En 2002, on a commencé à publier un « résumé du président », et suite aux récents sommets, il y a eu des déclarations et des plans d'action concernant certaines questions clés (sécurité alimentaire, terrorisme, etc.)¹⁶. Ces déclarations sont davantage des énoncés d'objectifs et d'engagements que des accords internationaux officiels. Des universitaires et des groupes de la société civile surveillent les progrès accomplis par chaque pays dans la réalisation des objectifs fixés en vue d'amener les États à rendre compte des engagements qu'ils ont pris¹⁷.

Constatant le manque de progrès dans la réalisation des Objectifs du Millénaire relatifs à la santé infantile et maternelle¹⁸, les dirigeants des pays du G8 ont discuté de la question lors des sommets des deux dernières années. Une des déclarations issues du sommet de l'an dernier, en Italie, disait ce qui suit :

- 14 Stephanie Lee, « The Group of Eight (G8) Industrialized Nations », *Council on Foreign Relations, Background*, 27 mars 2009, [http://www.cfr.org/publication/10647/](http://www.cfr.org/publication/10647/.). [traduction] *Ibid.*, p. 3.
- 15 Hainal, *The G8 System and the G20: Evolution, Role and Documentation*, p. 179-187. Pour obtenir une liste complète des liens vers les documents des différents sommets, voir Université de Toronto, *G8 Information Centre*, « G7/8 Summits », <http://www.g8.utoronto.ca/summit/index.htm>.
- 17 Le *G8 Information Centre* de l'Université de Toronto donne un exemple de suivi des progrès. Les rapports peuvent être consultés à <http://www.g7.utoronto.ca/evaluations/index.html>.
- 18 Sommet du G8, *G8 Leaders Declaration: Responsible Leadership for Sustainable Future*, para. 120, http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Declaration_08_07_09_final.0.pdf (consulté le 24 mars 2010).

leur naissance. Dans les pays en développement, près de neuf millions d'enfants de moins de 15 ans meurent de causes en grande partie évitables, comme la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la malnutrition aiguë sévère, la rougeole et le VIH⁶. »

Le Comité a appris que, malgré la baisse de la mortalité infantile, la mortalité néonatale n'a pas diminué parce qu'elle est liée de très près à la santé maternelle⁷. Des témoins ont mis en évidence le lien étroit entre la mortalité maternelle et néonatale.

En dépit des progrès réalisés dans l'amélioration de la santé maternelle, l'ONU signale que cet objectif est « celui qui a fait le moins de progrès à ce jour⁸. » C'est aussi la conclusion du *Lancet* en 2006 : « À l'heure actuelle, les Objectifs du Millénaire qui portent sur la santé ne seront pas atteints en 2015. » Le taux de mortalité maternelle est passé de 320 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 250 en 2008⁹. Il s'agit d'une baisse notable, mais qui ne correspond pas à l'objectif d'une réduction de 75 % d'ici 2015¹⁰.

Selon le *Rapport 2009* de l'ONU sur les Objectifs du Millénaire pour le développement : « Il faut raviver la volonté politique de réduire la mortalité maternelle, surtout en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, où les progrès ont été négligeables jusqu'à présent¹¹. » Il est largement admis que le manque de fonds demeure un des grands obstacles à la réalisation des objectifs en matière de santé, dont la santé maternelle^{12,13}.

En juin 2009, le Canada a coparrainé une résolution décisive du Conseil des droits de l'homme de l'ONU qui reconnaissait la mortalité et la morbidité maternelles comme une préoccupation urgente en matière de droits humains. Un mois plus tard, au sommet du G8 en Italie, les chefs de gouvernement ont convenu que la santé maternelle et infantile était l'un des problèmes de santé les plus urgents du monde.

6	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , l'hon. Bev Oda (ministre de la Coopération internationale), 26 mai 2010.
7	Comité permanent de la condition féminine, <i>Témoignages</i> , Sharon Camp (présidente et chef des opérations, Guttmacher Institute), 5 mai 2010.
8	Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement : Rapport 2009, New York, 2009.
9	À titre de comparaison, le taux de mortalité maternelle au Canada est de 7 décès pour 100 000 naissances vivantes.
10	Margaret C. Hogan, Kyle J. Foreman, Mohsen Naghavi, Stephanie Y. Ahn, Mengru Wang, Susanna M. Makela, Alan D. Lopez, Rafael Lozano et Christopher J. Murray, « Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5 », <i>Lancet</i> , vol. 375, n° 9726, 8-14 mai 2010, p. 1609-1623.
11	Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement : Rapport 2009, New York, 2009.
12	Guttmacher Institute, <i>Adding It Up: the Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health</i> , décembre 2009.
13	Unicef, <i>Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival, The 2008 Report</i> , 2009, p. iv, http://www.countdown2015mch.org/documents/2008report/2008Countdown2015FullReport_2ndEdition_1x1.pdf .

- Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous
- Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile
- Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle
- Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies
- Objectif 7 : Assurer un environnement durable
- Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Chaque objectif prévoit des cibles qui peuvent être mesurées à l'aide d'indicateurs bien définis. La cible pour la réduction de la mortalité infantile consiste à diminuer des deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015. Les indicateurs de suivi des progrès à cet égard sont le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, le taux de mortalité infantile et la proportion des enfants d'un an vaccinés contre la rougeole.

Pour la santé maternelle, les cibles consistent à réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 et à rendre universel l'accès à la santé reproductive d'ici 2015. Les indicateurs de suivi des progrès sont le taux de mortalité maternelle, la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, le taux de contraception, le taux de natalité parmi les adolescentes, la couverture des soins prénatals et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale⁴.

Certains progrès ont été accomplis vers la réalisation des objectifs, tout particulièrement ceux qui ont trait à la santé infantile. Voici ce que dit un article paru dans le *Lancet* en mai 2010 :

La mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé dans le monde, passant de 11,9 millions de décès en 1990 à 7,7 millions en 2010, soit 3,1 millions en période néonatale, 2,3 millions en période postnéonatale et 2,3 millions d'enfants de un à quatre ans⁵.

L'honorable Bev Oda, ministre de la Coopération internationale, a dit au Comité que « [c]haque année, trois millions de nourrissons meurent dans les sept jours suivant

4 Nations Unies, « Liste officielle des indicateurs associés aux OMD », *Indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement*, <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators%20OfficialList.htm> (consulté le 27 avril 2010).

Julie Knoll Rajaratnam, Jake R. Marcus, Abraham D. Flaxman, Haidong Wang, Allison Levin-Rector, Laura Dwyer, Megan Costa, Alan D. Lopez et Christopher J.L. Murray, « Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970 — 2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4 », *Lancet*, 24 mai 2010, édition en ligne préliminaire, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60703-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60703-9/fulltext). [traduction]

INTRODUCTION

En tant que président du G8 pour 2010, le Canada sera l'hôte du sommet qui se tiendra à Muskoka (Ontario) les 25 et 26 juin. Cette année, le premier ministre a annoncé que le Canada, en sa qualité d'hôte, prendra la tête d'une vaste initiative visant à améliorer la santé infantile et maternelle dans les régions les plus pauvres du monde.

Le 12 avril 2010, le Comité permanent de la condition féminine a adopté à l'unanimité la motion suivante :

Que le Comité étudie la santé maternelle et la santé infantile suite à l'annonce du gouvernement de faire de sa stratégie sur la santé maternelle et la santé infantile une priorité lors de la tenue du G8 au mois de juin dont le Canada sera l'hôte pourvu que ce soit terminé avant la fin de mai.

Pour cette étude, le Comité a tenu quatre réunions au cours desquelles il a entendu des témoins, puis une autre réunion avec la ministre de la Coopération internationale et la ministre de la Condition féminine.

Le Comité a appris que, chaque année, entre 340 000¹ et 500 000² femmes meurent des suites d'une grossesse et presque neuf millions d'enfants meurent avant l'âge de cinq ans, dont près de 40 % dans les premières semaines après la naissance. Les témoins ont souligné qu'il importait de maintenir la volonté politique afin de réduire ces chiffres. Le Comité espère que les recommandations du présent rapport alimenteront le débat sur le rôle prépondérant que le Canada peut jouer dans la réduction des taux de mortalité inacceptables des mères et des enfants dans le monde entier.

CONTEXTE : SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont été définis par l'ONU dans la *Déclaration du Millénaire* en 2000³. Au nombre de huit, ils représentent ce que la communauté internationale a convenu de réaliser d'ici 2015 afin de traiter des principaux problèmes de développement dans le monde :

- Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

1	Margaret C. Hogan, Kyle J. Foreman, Mohsen Naghavi, Stephanie Y. Ahn, Mengru Wang, Susanna M. Makela, Alan D. Lopez, Rafael Lozano et Christopher J. L. Murray, « Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal », <i>Lancet</i> , 12 avril 2010.
2	Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, <i>Improving Maternal and Child Health Through Active Partnerships</i> , http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/2009_improvingmnmch.pdf .
3	Nations Unies, <i>Déclaration du Millénaire</i> , Sommet du Millénaire, 6 au 8 septembre 2000, http://www.un.org/french/millenaire/sommet.htm (consulté le 24 mars 2010).

TABLE DES MATIÈRES

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE.....	1
INTRODUCTION	1
CONTEXTE : SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE	1
A. Rôle du G8 dans la protection de la santé maternelle et infantile.....	4
POINTS DE VUE DES TÉMOINS.....	5
SERVICES COMPLETS DANS L'ENSEMBLE CONTINU DE SOINS.....	6
A. Planification familiale.....	7
RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ.....	9
1. Investissements dans les travailleurs de la santé.....	9
2. Renforcement des systèmes de santé.....	10
ENGAGEMENTS FINANCIERS NÉCESSAIRES.....	10
Liste des recommandations.....	13
Liste des témoins.....	15
Liste des mémoires.....	17
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	19

LE COMITÉ PERMANENT DE LA CONDITION FÉMININE

a l'honneur de présenter son

DEUXIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié la santé maternelle et infantile et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

COMITÉ PERMANENT DE LA CONDITION FÉMININE

PRÉSIDENTE

L'hon. Hedy Fry

VICE-PRÉSIDENTES

Irene Mathyssen

Cathy McLeod

MEMBRES

Lois Brown

Nicole Demers

L'hon. Anita Neville

Alice Wong

Sylvie Boucher

Paul Calandra

Luc Desnoyers

Michelle Simson

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

Johanne Deschamps

Earl Dreeshen

Marc Garneau

Bernard Généreux

Jeff Watson

GREFFIÈRE DU COMITÉ

Julia Lockhart

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Julie Cool et Sandra Gruescu

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Rapport du Comité permanent de la condition féminine

La présidente

L'hon. Hedy Fry, députée

JUIN 2010

40^e LÉGISLATURE, 3^e SESSION

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à :
Les Éditions et Services de dépôt Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757

publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à
l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>



40^e LÉGISLATURE, 3^e SESSION

JUIN 2010

L'hon. Hedy Fry, députée

La présidente

Rapport du Comité permanent
de la condition féminine

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA

